

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 399/NS/HDM/2023**

Gliwice, 27.10.2023 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agnieszka Durmowicz, NS/HDM, Nr upow. SSP/057/8/23  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 338) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2023, poz. 775 ze zm.).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Przedszkole Nr 4 ul. Barlickiego 16 wchodzące w skład Zespołu Szkolno – Przedszkolnego Nr 14  
44-100 Gliwice, ul. Ks. M. Strzody 4

tel. / fax 32 233 16 21, e-mail: sekretariat@zsp14.gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Przedszkole Nr 4 ul. Barlickiego 16 wchodzące w skład Zespołu Szkolno – Przedszkolnego Nr 14  
44-100 Gliwice, ul. Ks. M. Strzody 4

tel./fax 32 233 16 21, e-mail: sekretariat@zsp14.gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący Miasto Gliwice  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 631 269 30 68 REGON 386923375

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Dorota Iwanek - dyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Mariola Dumin - Kowal – wicedyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

nie dotyczy  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 27.10.2023 r.
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 27.10.2023 r.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
Kontrola doraźna dot. oceny stanu sanitarnego przedszkola  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
Termometr cyfrowy bagnetowy PP/S/K/5/NS/HDM  
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*  
– nr i nazwa protokołu/ów\*  
nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku i/lub obrazu\* nie dotyczy
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów  
nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
Badania lekarskie personelu - aktualne
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – F/HDM/02

**III. WYNIKI KONTROLI**

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne.

.....  
.....  
.....  
.....

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

W pomieszczeniach sanitarnych zapewniona bieżąca ciepła woda oraz środki higieny osobistej.

Stan sanitarno – higieniczny obiektu w dniu kontroli – bez uwag.

W obiekcie obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych i elektronicznych.

Przekazano informacje dot. profilaktyki: wad postawy u dzieci, wad wzroku, pedikulozy (wg oświadczenia wicedyrektora sprawdzanie czystości głów dzieci odbywa się 1 x w tygodniu).

Wg oświadczenia wicedyrektora placówka jest w posiadaniu procedur na wypadek wystąpienia przypadków wszawicy.

Placówka nie posiada oczyszczaczy powietrza.

Przekazano informację o obowiązku wymiany piasku w piaskownicy min. 2 – krotnie.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

a) nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

nie dotyczy

.....  
 .....  
 .....

**IV.UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI**

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ nie dokonano wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*

2. Wniesiono/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono\*\*

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują).

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit.---- nie nałożono/nałożono\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości ----- słownie -----

(nr mandatu karnego) -----

(podstawa prawna) -----

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr ----- z dnia ----- wydane przez

nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

.....  
 .....

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznane się \*\*
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu  
nie dotyczy

ZESPÓŁ SZKOLNO-PRZEDSZKOLNY NR 14  
PRZEDSZKOLE MIEJSKIE NR 4  
44-100 Gliwice, ul. Ks. M. Strzody 4  
tel. 32 231 43 69 NIP 6312693068

WICEDYREKTOR  
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego Nr 14  
w Gliwicach  
mgr Mariola Dumini-Kowal

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
mgr Agnieszka Durnowicz

.....  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńć imienna/pieczeńć podmiotu)

.....  
czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńć imienne)

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 27.10.2023 .....

ZESPÓŁ SZKOLNO-PRZEDSZKOLNY NR 14  
PRZEDSZKOLE MIEJSKIE NR 4  
44-100 Gliwice, ul. Ks. M. Strzody 4  
tel. 32 231 43 69 NIP 6312693068

WICEDYREKTOR  
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego Nr 14  
w Gliwicach  
mgr Mariola Dumini-Kowal

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie  
WSSE/PSSE w Gliwicach\*\*.

**POUCZENIE:** W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń  
stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-  
epidemiologicznej.

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

1911-1912  
1913-1914  
1915-1916

1917-1918  
1919-1920  
1921-1922

1923-1924  
1925-1926  
1927-1928

1929-1930  
1931-1932

1933-1934  
1935-1936  
1937-1938

1939-1940  
1941-1942  
1943-1944